

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Raimundo Hozanan, Macapá/AP**

Mildre Cantillo Pavó

Pelotas, 2015

Mildre Cantillo Pavó

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Raimundo Hozanan, Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P339m Pavó, Mildre Cantillo

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Raimundo Hozanan, Macapá/AP / Mildre Cantillo Pavó; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais, exemplos de perseverança e maturidade, que com o passar dos anos, não se endurecem, mas adquiriram a virtude da mudança à medida que o tempo passa; e ao meu filho por quem luto.

Agradecimentos.

Agradeço a Deus por ter me acompanhado e guiado ao longo da minha vida, por ser minha força nos momentos de fraqueza e por ter me dado uma vida de aprendizagem, experiências e acima de tudo a felicidade.

Agradeço a minha orientadora por ter me dado a oportunidade de recorrer a sua capacidade e conhecimento científico, assim como também por ter tido toda a paciência do mundo, além de me guiar durante o desenvolvimento deste trabalho.

A Universidade Federal de Pelotas por ter me dado à oportunidade de estudo e enriquecer ainda mais meus conhecimentos.

Agradeço aos meus pais pelo apoio em todos os momentos, pelos valores que eles me ensinaram e por me dar a oportunidade de ter uma excelente educação no curso da minha vida. Especialmente, pelo excelente exemplo de vida a seguir.

E por último, não podendo deixar de mencionar, pessoas importantes para mim, minhas amigadas que de uma forma ou outra me deram amor e apoio incondicional.

*"Ninguém nunca conseguiu alcançar sucesso simplesmente fazendo o que
lhe é solicitado. É a quantidade e a excelência do que está além do solicitado que
determina a grandeza da distinção final".*

Charles Kendall Adams

Resumo

CANTILLO, Mildre Pavó. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Raimundo Hozanan, Macapá/AP. 2015.** 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são doenças consideradas como um grave problema na saúde pública no Brasil e no mundo por sua elevada carga de morbimortalidade associada. Devido a isto e a sua alta demanda em nossas consultas, incluindo a alta incidência de seus fatores de risco, os quais trazem complicações que influem negativamente na saúde destas pessoas e seu desenvolvimento na sociedade, foi escolhido esse foco para intervenção. Tendo como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Raimundo Hozanan, mediante a melhora da qualidade de vida e adesão ao programa. A intervenção foi realizada na unidade de saúde, com uma duração de 12 semanas de intenso e satisfatório trabalho com presença da especializanda na unidade. Todo o processo de execução desde o projeto de intervenção foi baseado em quatro eixos programáticos que nortearam as ações desenvolvidas, sendo eles monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão do serviço de saúde, além de qualificação da prática clínica. No transcurso foram feitas consultas e visitas domiciliares com toda a união dos profissionais da UBS com um alto nível de qualidade, em cada contato com a população foram orientados com temas sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Todo usuário que compareceu a consulta contava com sua correspondente ficha-espelho preenchida adequadamente além de apresentar a realização do exame clínico apropriado e a estratificação do risco cardiovascular, eram indicados seus correspondentes exames laboratoriais e foi garantida a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além do atendimento odontológico. Durante a intervenção se cadastraram 635 usuários hipertensos e 233 usuários diabéticos, totalizando 34,8% de cobertura para hipertensos e 100% de cobertura dos diabéticos. Pode-se expressar que apesar de não ter atingido a meta proposta com os usuários hipertensos vale destacar todo o alcançado com a equipe, onde a união e a organização foram de grande importância e valor para obter a melhora na saúde da população e todo o êxito do trabalho. Todos esses resultados são avaliados com o agradecimento e satisfação tanto dos usuários como de seus familiares. Todo o trabalho feito com amor e dedicação já foi incorporado à rotina de nosso serviço, acredito que com os excelentes resultados obtidos continuaremos intensificando ainda mais nossa união e organização para assim atingir 100% dos usuários com hipertensão e diabetes da nossa área.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Raimundo Hozanan.	44
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Raimundo Hozanan.	45
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Raimundo Hozanan.	47
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Raimundo Hozanan.	48
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Raimundo Hozanan.	50
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Raimundo Hozanan.	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
ABNT -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS -	Atenção Primária de saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DM -	Diabetes Mellitus
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD -	Educação a Distancia
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV -	Papilomas Vírus Humano
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da família
OMIA -	Objetivos, Metas e Indicadores
PMM -	Programa Mais Médicos
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF-	Unidade de Saúde da Família
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	25
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	42
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	43
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	60
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	70
Anexos.....	71
Anexo A – Planilha de Coleta de Dados	72
Anexo B – Ficha-espelho.....	73
Anexo C– Documento do Comitê de Ética.....	75

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em sete estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: as metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Em seguida está a apresentação do relatório para os gestores municipais e na sequência o relatório para a comunidade, os quais abordam a intervenção e seus resultados. Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Hozanan, na qual presto serviço por estar vinculada ao Programa Mais Médicos (PMM), está locada no bairro Muca, Macapá/Amapá. A unidade encontra-se nesse momento em reforma, no entanto, os atendimentos são prestados e os usuários ficam agradecidos pelo empenho dos profissionais para promover saúde a todos.

Esta unidade conta com consultas de nutrição, psicologia, assistência social e fisioterapia. Os profissionais fazem parte da equipe que trabalha em todo o município pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), além disso, há consultas de odontologia e o departamento de vacinação e farmácia, o qual é muito importante em nossa UBS, embora não dispomos de medicamentos suficientes.

A equipe do NASF trabalha com uma equipe multidisciplinar atuante juntamente com a nossa equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), compartilhando suas práticas em saúde em todos os níveis de atenção promovendo assim a integralidade na estratégia. Seus atendimentos se dão através de consultas agendadas, com usuários devidamente encaminhados por mim ou pela enfermagem, assim respectivamente acontece com as duas equipes. Seus atendimentos ocorrem todo mês, sete dias por semana, devido ser uma equipe itinerante, ou seja, eles atendem na região norte mais de uma UBS. Quando há necessidade deles visitarem os usuários que não podem ir até a UBS. Neste momento está sendo agendando com eles uma ação na escola com palestras educativas, sobre higiene dos alimentos, importante já que frequentemente a esquecem.

Devido à reforma não há consultas de todas as especialidades, somente de ginecologia e das EFSs que são três. As EFSs estão inseridas na UBS em condições precárias para o trabalho, já que não contamos com uma sala adequada para consulta, há pouca iluminação, pouca ventilação e privacidade, todos os técnicos de enfermagem fazem triagem na mesma sala na qual é muito pequena,

por isso fica tumultuado. Esta triagem é realizada conforme a agenda por dias marcados dessa forma o usuário chega a UBS e aguarda sua vez para o atendimento.

Apesar de todas essas dificuldades a equipe é muita boa e unida, fazem o que estiver ao alcance para atender aos usuários com amor e atenção que merecem, por isso eles ficam muito agradecidos. Nossa equipe é composta por: uma enfermeira, três técnicas de enfermagem e cinco agentes de saúde, me sinto muito contente pelo trabalho da equipe com a população, fazemos atendimentos agendados e de urgência e ações na comunidade.

Além de realizarmos visitas domiciliares, três vezes por semana aos indivíduos: acamados, com doenças crônicas, grávidas, puérperas e crianças, ainda é importante destacar as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) que é realizado na Escola Estadual Cecília Pinto, onde fazemos palestras, exames antropométricos e outras ações.

A equipe trabalha através de um cronograma mensal, no qual são distribuídas as atividades por dia na semana subsequente, atendemos cinco áreas de nosso bairro, sendo que as Agentes Comunitárias de saúde (ACS) são distribuídas por área, cada uma é responsável pela sua, cadastrando e marcando consultas na UBS, nosso horário de atendimento é das 8:00 as 12:00 e das 14:00 as 18:00 horas da tarde, desde segunda-feira até quinta-feira.

São realizadas reuniões a cada mês para marcar as atividades. Vamos continuar trabalhando cada dia com mais vontade e mais amor para que a população continue ficando mais satisfeita, prevenindo a aparição e o risco das doenças.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital da maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que é localizada às margens do Rio Amazonas. Macapá pertence à mesorregião do Sul do Amapá e a microrregião homônima. É localizada no extremo norte do país, a 1.791 quilômetros de Brasília (IBGE, 2011).

Macapá, atualmente, conta com 59 bairros oficiais e cerca de seis conjuntos habitacionais. Segundo dados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). O bairro mais populoso do município é o Buritizal (Zona Sul) com 25.651 habitantes, seguido do Novo Horizonte (Zona Norte) com 24.360 moradores. Dentre os quinze bairros mais populosos da capital, cinco estão na Zona Norte da cidade, oito na Zona Sul e dois na Zona Central. A cidade possui cinco bairros que são banhados pelo Rio Amazonas: Cidade Nova, Centro, Perpétuo Socorro, Santa Inês e Araxá. O menor bairro da cidade é o Boné Azul, localizado na Zona Norte.

Em relação ao município temos 437.883 habitantes que são atendidos em 20 unidades de saúde todas tradicionais e com equipes de saúde, neste momento o município conta com uma cobertura de 54,79%, depois da complementação do quinto ciclo do Programa Mais Médicos. Conta-se com 82 equipes de saúde, sendo 68 urbanas e 14 rurais, ainda existe uma disposição de 08 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), caso seja necessário encaminha-se os clientes para o CEO do Estado de Amapá, não se dispõe de serviços hospitalares no município, pois depende em sua totalidade da atenção estadual.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Hozanan, está localizada no bairro Muca (zona sul). Conta com uma população adstrita de 12.000 pessoas, a mesma neste momento encontra-se em reforma, no entanto os atendimentos são prestados e os usuários ficam agradecidos pelo empenho dos profissionais para promover saúde a todos.

A unidade conta com consultas de nutrição, psicologia, assistência social, fonoaudiólogo e fisioterapia, os profissionais fazem parte da equipe que trabalha em todo o município pelo NASF temos, além disso, as consultas de odontologia e o departamento de vacinação e farmácia, o qual é muito importante em nossa UBS, embora não se dispõe de medicamentos suficientes, mas os gestores conhecem está dificuldade.

Devido à reforma, a qual a unidade está passando, não há consultas de todas as especialidades, somente de ginecologia e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são três. As ESFs estão inseridas na UBS em condições precárias para o trabalho, já que não se conta com uma sala adequada para consulta, há pouca iluminação, pouca ventilação e privacidade, todos os técnicos de enfermagem fazem triagem na mesma sala, a qual é muito pequena, por isso fica tumultuado.

Graças ao excelente trabalho realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), na comunidade, a demanda espontânea não interfere no atendimento diário, embora seja muito frequente nas unidades de saúde, pois existem usuários que fazem exames indicados por outros médicos e chegam à unidade procurando um médico para avaliar esses exames, outras vezes precisam de medicação controlada, encaminhamentos e isso faz com que aumente a demanda espontânea.

Levando em consideração isso, agora se tenta educar a população de que se não é uma situação de urgência ou emergência, que assim comunique o seu ACS para ser agendada uma nova consulta, atende-se todos os usuários que necessitam de atendimento e são atendidos sem problema nenhum, são bem acolhidos pela equipe.

Além disso, deixam-se vagas para essa demanda, é interessante destacar que quer seja urgência ou não, nunca se pergunta se está agendado ou não, só se cumpre com o objetivo de promover saúde. Toda a equipe de forma direta ou indireta participa na atenção à saúde da criança, cumprindo com as atribuições correspondentes.

Em reuniões capacitam-se principalmente os ACSs, explicando sobre o seguimento correto das consultas, o roteiro de consultas subsequentes, seguindo o protocolo do Ministério. Atualmente a UBS tem aproximadamente 121 crianças menores de um ano, as quais representam 48%, segundo estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), já que existem muitas áreas descobertas e o cadastro não está ainda terminado. Além disso, ainda tem falta de um correto planejamento desta atividade, por isso que entre as metas a seguir está fazer um adequado cadastro da área com a ajuda dos ACSs, para aí começar a conscientizar as mães do valor deste seguimento. Destaca-se que se utiliza o protocolo do caderno de atenção à saúde da criança do ministério da saúde para nortear as ações desenvolvidas.

Outra dificuldade apresentada é a falta de odontólogo, mas como se conhece muito bem o processo de dentição nesta faixa etária, se ocorrer à detecção de algum problema na saúde bucal da criança encaminha-se para o odontólogo da outra equipe da UBS.

Com relação à ação programática de atenção pré-natal, apresentam-se algumas dificuldades, mas todos os profissionais envolvidos com o seguimento da atenção pré-natal cumprem estritamente o que está protocolado. Todas as semanas se faz reuniões com orientações sobre as gestantes saírem da consulta com seu retorno agendado, nota-se que isso é um fator que está tendo êxito. Ainda fazemos ações de educação continuada abordando-se sobre a classificação de alto e baixo risco, já que nem todos os membros da equipe conhecem esta classificação, em especial as ACSs.

Outra coisa importante, é sobre o uso correto do ácido fólico, além de prevenir anormalidades congênitas do tubo neural deve ser indicada de 60 a 90 dias antes da concepção. A cobertura do pré-natal da nossa equipe é baixa, só temos 43 grávidas atingindo 24% da estimativa do CAP para a nossa população, já que se estima que existam 180 gestantes na área. O início do pré-natal no primeiro trimestre fica também baixo com 58%, mas este indicador pode mudar em pouco tempo. Com relação ao puerpério também estamos com baixa cobertura, 112 usuárias atingindo 44%.

Acredita-se que com a insistência durante a gravidez as próximas puérperas sejam mais conscientes e procurem os serviços. Considera-se que os indicadores devem melhorar e ter mudanças o quanto antes para conseguir um melhor controle e acompanhamento do pré-natal e puerpério. Nota-se que é necessário que se conheça os responsáveis e as atribuições dos profissionais envolvidos na atenção pré-natal, desde o acolhimento, o trabalho do agente comunitário de saúde, do técnico de enfermagem, da enfermeira, da médica, do dentista e conjuntamente todos os responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal e por uma boa atenção ao puerpério, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. É fundamental que os profissionais se sintam responsáveis por essa atenção, desde a fase educativa e a preventiva com intervenção precoce das situações de risco.

As mulheres entre 25 e 64 anos tem 54% da estimativa brasileira e, com relação às mulheres entre 50 e 69 anos 57%, sendo ambos dados abaixo do esperado/recomendado e, portanto, demonstram a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de útero e de Câncer de Mama, respectivamente. Nota-se que esses índices não estão adequados, apresentando também 13% de exame citopatológico em dia e 62% com atraso de mais de seis dias, o atraso (mais ou menos por 2 a 3 meses) com os resultados destas amostras que são enviadas ao laboratório também repercute nestes indicadores.

Tampouco conta-se com registro de exame coletados com células representativas da junção escamo-colunar. Devido essas dificuldades a maioria das mulheres vai para outras unidades para serem atendidas ou fazem o exame preventivo em laboratórios particulares porque tem boas condições socioeconômicas e não regressam mais as consultas. Dessa maneira se perde as informações, mas todos estes problemas em pouco tempo irão desaparecer, enquanto termina a reforma da UBS vai se trabalhando na organização do Programa, além de que, a equipe está trabalhando na área com a população dando orientações, na tentativa de que cada mulher retorne à unidade a qual pertence.

Outro fator é a mamografia que não se conta com o modelo oficial para ser solicitado, então pela falta desta ficha específica para ser solicitado como médica tomei como estratégia indicar a todas elas ultrassonografia de mama, já que este exame é um pouco mais fácil para fazer e assim descartar qualquer anomalia na mama precocemente. Os gestores sabem do problema enfrentado e estamos em fazendo o possível para cumprir com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde.

Em consonância com isso na UBS são atendidos todos os dias, em dois turnos, os usuários com hipertensão e diabetes agendados. Além disso, sempre são deixadas vagas para a demanda espontânea desse grupo, também se conta com o Programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes, no qual se cumpre como estabelecido, neste programa existe uma ficha específica que é preenchida pela enfermagem depois que os ACSs captam na área. A enfermeira e o técnico de enfermagem fazem a primeira avaliação do atendimento e depois encaminha para o médico realizar acompanhamento. Contamos com um total de 564 pessoas acompanhadas com hipertensão atingindo 27% de cobertura, já que segundo o CAP existem 2.114 usuários com essa patologia, com relação às pessoas com diabetes temos acompanhadas 150, atingindo 25% da cobertura do CAP, já que a estimativa é que se tenha 604 usuários com essa patologia, o que pode ser considerada baixa.

A avaliação e monitoramento das ações deste programa são realizados pela equipe, no entanto estão suspensas por conta de que a unidade se encontra sem enfermeira, pois esta se encontra em licença maternidade. Em cada consulta e visita domiciliar feita toda nossa equipe trabalha na conscientização da população sobre estas doenças seus riscos, complicações e sua prevenção.

Estratifica-se o risco dos indivíduos mediante conversas e palestras. Nas consultas orienta-se a importância do seguimento trimestral, a realização dos exames complementares como está estipulado, estimula-se a prática de atividade física. Especificamente sobre este assunto se realiza um grupo semanalmente, o qual é levado para um local perto da UBS para a realização de atividades.

Igualmente são realizadas em conjunto com a nutricionista, orientações sobre como ter uma alimentação saudável, no caso dos indivíduos diabéticos, o exame físico dos pés mediante a palpação dos pulsos, do mesmo modo que é realizada a medição da sensibilidade, mas esses indicadores ficam um pouco abaixo da mesma forma que a avaliação da saúde bucal, por que isso? Porque a maioria das pessoas com hipertensão e diabetes ainda não tem consciência das consequências destas doenças.

Nesta UBS, a maioria da população existente é idosa e, mesmo assim, é deficiente o acompanhamento comparando com a estimativa do Ministério da Saúde, apresentando um total de pessoas idosas de 408 (66%), embora possa se dizer que ainda é baixo, para este indicador fica melhor do que para os indicadores anteriores, pois estas pessoas frequentam muito mais a UBS do que os jovens, principalmente em procura de remédio para dor, sendo esta queixa mais frequente nessa faixa etária.

Os atendimentos as pessoas de mais de 60 anos são feitos também todos os dias da semana em todos os turnos, como está protocolado pelo Ministério da Saúde, são atendidos os que estão agendados e para os que vêm pela demanda espontânea, não existe excesso de demanda, por isso a facilidade que se tem de atender a todas as pessoas que chegam precisando de ajuda.

Do total de pessoas idosas cadastradas 100% têm a caderneta de saúde e junto com o NASF são dadas orientações nas consultas, nas visitas domiciliares sobre como ter uma nutrição adequada com hábitos alimentares saudáveis, a importância da prática de atividade física regularmente e prevenção de acidentes no domicílio.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Ao realizar-se a leitura do texto inicial e comparar com a escrita do relatório acima, pode-se dizer que após a realização da Unidade 1 - Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família - nota-se um maior conhecimento dentro do processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade adstrita do serviço, percebendo os aspectos positivos e os que devem ser melhorados pela equipe. Destaca-se que tudo foi possível pela reflexão crítica que se deu a partir do preenchimento dos questionários, do CAP e leitura de alguns protocolos da Atenção Básica disponibilizados pela UFPEL.

A estrutura física da UBS deve melhorar, principalmente com relação à falta de alguns funcionários como ACSs que são fundamentais para pôr em prática todas as ações estudadas, assim consegue-se melhorar nosso trabalho e cobrir todas as áreas descobertas cadastrando 100% da população.

A realização de uma análise situacional ajudou a conhecer mais a fundo a situação da unidade e a melhorar o desenvolvimento de cada ação programática, e com isto se reorganizou os atendimentos através das consultas agendadas e a demanda espontânea a todos os usuários, temos mais contato e melhor acompanhamento das grávidas, puérperas e recém-nascidos, a equipe fica mais unida e com muita motivação para realizar ainda com mais qualidade os atendimentos a cada ação programática de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, pois nossa ESF encontra-se em ótimas condições para o atendimento de todos os usuários, apesar de conhecer que ainda falta melhorar nos aspectos mencionados anteriormente, continuamos em frente. Todo esse resultado vemos em cada sorriso de cada usuário que procura a unidade tanto para atendimento como para qualquer tipo de informação, me sinto orgulhosa de ter participado nesta melhora.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), devido a sua elevada carga de morbimortalidade associada são hoje um desafio e uma prioridade da saúde pública. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares, como também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como: acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, além da doença renal crônica. A carga das doenças representadas pela morbimortalidade devida à doença é muito alta. Por tudo isso, é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte de seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão por parte do usuário, ao tratamento prescrito, sendo estes os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS (BRASIL, 2013 a). O diabetes mellitus apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2013 b).

Segundo os dados obtidos nos questionários preenchidos na análise situacional e estimativas do Caderno de Ações Programáticas, os índices de cobertura e os indicadores de qualidade dos hipertensos e diabéticos estão desfavoráveis, nota-se que contamos com um total de 564 pessoas acompanhadas com hipertensão atingindo 27% de cobertura, já que segundo o caderno de ações programáticas existem 2.114 usuários com essa patologia, com relação às pessoas com diabetes temos acompanhadas 150, atingindo 25% da cobertura do caderno de ações programáticas, já que a estimativa é que se tenha 604 usuários com essa patologia, o que pode ser considerada baixa para a unidade de saúde Raimundo Hozanan, observou-se a necessidade de intervir nesta realidade, dessa forma este é o motivo da nossa escolha por este foco de intervenção.

Esta ação programática precisa de uma intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a sua alta demanda em nossas consultas, incluindo a alta incidência de seus fatores de risco, os quais trazem complicações que influem negativamente na saúde destas pessoas e seu desenvolvimento na sociedade. Além disso, não existe um bom registro dos usuários que permita com que a equipe colete dados precisos, avalie e monitore o programa com a qualidade requerido, assim intervindo de maneira positiva podemos melhorar a saúde destes usuários.

A UBS está localizada na região norte do estado do Amapá, um pouco longe do centro da cidade, a mesma se encontra ainda em reforma, minha equipe está composta por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, cinco ACSs e a médica, trabalhamos com muita dedicação, pensando sempre no bem-estar da população, todos os dias são atendidos em dois turnos os hipertensos e os diabéticos agendados. Adverte-se que sempre são deixadas vagas para a demanda espontânea, duas vezes por semana fazemos visitas domiciliares, nas quais orientamos e educamos a nossa população, além de fazer palestras na comunidade, escolas ou até mesmo na unidade de saúde. Contamos com um total da população de 12.000 habitantes, dentre estes 564 tem hipertensão atingindo 27% de cobertura e 150, atingindo 25% da população, tem diabetes.

Observa-se nítida importância na nossa intervenção em minha UBS, já que cumprimos tudo o que preconiza o Programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes, alcançando os objetivos e metas marcadas melhoraremos a qualidade de vida destes usuários, evitaremos complicações e com isso daremos mais saúde a população.

Nossa equipe está trabalhando muito unida neste aspecto, com um desenvolvimento ótimo, além de ter algumas dificuldades como a falta de pessoal como os ACSs que não são suficientes, pois ainda temos duas áreas descobertas, a equipe não para, mas acredito que com um pouco de esforço por parte de nossa equipe podemos alcançá-lo. Outro aspecto é que a UBS se encontra em reforma por isso não temos laboratório para a realização de exames, além da falta de sala, ainda se tem o problema de que não estão trabalhando alguns profissionais, mas tem avançado bastante na reforma e em breve vamos contar com a presença de todos os demais profissionais.

Por tudo isso é necessário que se desenvolva o projeto de intervenção com foco na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes para que assim possamos alcançar a saúde como direitos de todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Raimundo Hozanan, Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas:

- 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas:

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas:

- 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.
- 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.
- 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
- 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.
- 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.
- 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe da UBS Raimundo Hozanan. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e nº 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013).

Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro desses usuários será realizado na planilha de coleta de dados (ANEXO A) no momento da consulta, a qual será utilizada para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores estabelecidos. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho de cada usuário da ação programática (ANEXO B).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Dessa forma, espera-se abranger todos

os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde da pessoa com doença crônica DM e/ou HAS.

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitoraremos o cadastro de hipertensos e diabéticos quinzenalmente, nas reuniões da equipe. Manteremos o arquivo específico para os usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético. Realizaremos registro nas fichas-espelho dos usuários para assim verificar a realização das atividades protocoladas pelo Ministério.

Ainda, semanalmente, mediante a revisão dos prontuários e das fichas-espelho, será verificado a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, assim como o acesso e disponibilidade dos medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA da UBS. Também se monitorará os hipertensos e os diabéticos que necessitem de atendimento odontológico. Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos hipertensos e diabéticos mediante a revisão semanalmente dos arquivos do programa HIPERDIA.

Monitoraremos semanalmente, mediante a revisão dos prontuários e fichas-espelho a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, responsabilizando cada membro da equipe para esta atividade, ainda semanalmente mediante a revisão dos prontuários e fichas-espelho o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitoraremos semanalmente através da revisão dos prontuários e fichas-espelho, a realização de orientações nutricionais aos hipertensos e aos diabéticos em conjunto com o nutricionista, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, a orientação sobre riscos do tabagismo e a orientação sobre higiene bucal, sendo que será feito pela enfermeira e a médica.

Todas essas informações serão computadas na planilha de coleta de dados digital, disponibilizada pelo curso a qual será completada semanalmente pela

médica, sobre supervisão da orientadora do curso, fazendo-se uma análise sobre os indicadores gerados automaticamente pela planilha.

Eixo de organização e gestão do serviço

Para garantir uma boa gestão do serviço durante as consultas realizadas, atividades feitas na comunidade, assim como nas visitas domiciliares realizaremos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos, junto com todas as equipes. Será feito a medição da pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos e a realização de glicemia para assim verificar os casos novos e, dessa forma, realizar os encaminhamentos cabíveis. Destaca-se que se tomará como critério o que está estabelecido pelos protocolos do Ministério da saúde, sendo que a realização do exame de glicemia deverá ser realizada para adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia.

Os registros dos hipertensos e diabéticos, as fichas-espelho com toda a informação necessária como cadastros, agendamentos dos mesmos, incluindo agendamento odontológico, busca de faltosos, avaliação do risco cardiovascular, exames complementares em dia serão realizados durante a intervenção.

Organizou-se um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de exame complementar e estratificação de risco monitorado pela enfermeira e a médica semanalmente, será estabelecido que cada usuário que estiver com algo em atraso recebe uma identificação em vermelho, até que sua situação se normalize, facilitando assim o conhecimento de sua situação por toda a equipe de saúde. Outro registro é o dos medicamentos o qual contará com as necessidades de medicamentos de cada usuário hipertenso ou diabético e se terá estrito controle com relação à validade, essa ação ficará a cargo da farmacêutica.

Serão planejadas capacitações segundo o protocolo do Ministério da Saúde a todos os trabalhadores da UBS para garantir um correto acolhimento destes usuários oferecendo a informação correta da consulta e seu seguimento. Além disso, serão informadas as atribuições de cada membro da equipe, sendo que cada ACSs encaminhará os usuários para a consulta, os técnicos de enfermagem farão a triagem, a enfermeira e a médica farão as consultas e, ainda organizarão a continuidade do seguimento. Será informado ao gestor, no caso de não existirem

suficientes aparelhos para medir a pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste ou não fiquem em ótimas condições para sua solução.

Eixo de engajamento público

Uma questão importante para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos é o trabalho começando pela comunidade na qual, primeiramente, será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sendo os responsáveis os ACSs que orientarão sobre a importância do controle da pressão arterial a todos as pessoas a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa, mediante palestras, conversas, murais e banners.

Ainda será abordado a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, se orientará os mais predispostos como os idosos, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e a Diabetes, além dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes das patologias de base, essas atividades serão desenvolvidas no âmbito na consulta realizada pela médica na unidade.

Também se orientará sobre a importância da realização das consultas e dos exames complementares sua periodicidade e a importância de sua realização, o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso através dos ACSs. Juntamente com o odontólogo se explicará a importância de realizar avaliação da saúde bucal, sendo que serão proporcionadas atividades de sala de espera com abordagem individual do usuário para uma conversa.

Eixo de qualificação da prática clínica

Serão realizadas várias capacitações a todos os funcionários da unidade de saúde, mensalmente, com apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do odontólogo. Essas atividades terão como temas o cadastro completo de toda área da abrangência dos hipertensos e diabéticos, as técnicas de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, a qual se avaliará periodicamente pelo médico e a enfermeira, a realização de exame clínico apropriado utilizando os

protocolos sugeridos pelo Ministério de Saúde, caderno de atenção básica números 36 e 37.

Além de realizar atualizações sobre os exames a serem solicitados importância e periodicidade dos mesmos, seu tratamento e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários é outro tema a fazer parte da capacitação e, ainda o correto preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético, dessa forma todos os profissionais da unidade serão capacitados para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

É importante capacitar, além dos aspectos citados anteriormente, sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo, importância e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, como promover prática de atividade física regular e alimentação saudável.

As atividades de capacitação serão realizadas periodicamente, com vistas à qualificação do trabalho, na própria unidade, nas reuniões de equipe. Cada membro da equipe terá a oportunidade de tirar suas dúvidas em discussões geradas após a leitura dos manuais, destaca-se ainda que os cadernos estarão à disposição dos membros da equipe na recepção para que possam sempre atualizar o seu conhecimento.

2.3.2 Indicadores

Metas relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção a hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção a diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes vamos adotar a última versão dos protocolos do Ministério de Saúde (MS) sobre Diabetes e Hipertensão publicados no ano de 2013. Utilizaremos as fichas-espelho de cadastro de Hipertensos e Diabéticos disponibilizadas pelo curso (ANEXO B).

Para a realização da intervenção solicitaremos aos gestores o material necessário, a impressão das fichas sendo no total de 1570 (1268 para hipertensos e 302 para diabéticos), contamos com o apoio para a obtenção de esfigmomanômetros e estetoscópios, sendo no número de 03 - um para cada equipe - além de glicômetros, que igualmente necessitamos de 03, ainda 03 balanças, 03 fitas métricas, observa-se que esses materiais serão fundamentais no auxílio para as aulas de capacitação.

Ficarão por conta da equipe, iniciativa própria, o fornecimento de papel branco, canetas e elaboração de pelo menos 10 cartazes, que serão fixados nas consultas, na sala de espera da unidade e em lugares públicos na comunidade como igrejas, escolas e creches, para esclarecer as informações à comunidade.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem e enfermeira localizará os prontuários dos usuários atendidos, iniciará o registro dos mesmos e preencherá as fichas de acompanhamento e de cadastro ainda sem realizar. Ao mesmo tempo se efetuará o primeiro monitoramento, anexando-se os usuários com consultas atrasadas, falta de exames complementares, avaliação do risco e com necessidades de atendimento odontológico.

Para melhorar o acolhimento e diagnóstico precoce desses, todo o usuário maior de 18 anos que compareça a UBS independente do motivo, será encaminhado a sala de triagem para realização de medida da pressão arterial pela técnica de enfermagem, que notificará a enfermeira se existir alteração da mesma. A enfermeira realizará as indicações pertinentes, avaliará o risco cardiovascular, solicitará exames e agendará a consulta com o médico. Ficarão reservadas na agenda 02 vagas diárias para estes usuários.

No caso de usuário com risco definido para diabetes se realizará hemoglicoteste, estando acima de 220mg será avaliado no momento. O atendimento poderá ser feito qualquer dia da semana, mas a quarta-feira será disponibilizada para acompanhamento de hipertensos e diabéticos, neste dia se avaliará o Índice de Massa Corporal (IMC), realizará medida da circunferência abdominal e glicemia capilar (será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem). Os usuários receberão atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos.

Para garantir adesão dos usuários ao programa, semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento que será realizado pela técnica de enfermagem e serão monitorados os usuários faltosos. Na reunião da equipe serão organizadas as visitas domiciliares a estes usuários, para a recuperação dos mesmos. Cada uma das equipes organizará sua agenda de trabalho para garantir as vagas necessárias para o atendimento dos usuários recuperados. As técnicas de enfermagem serão as responsáveis dos agendamentos e de comunicar aos usuários mediante via telefônica ou através dos ACSs, sobre a data da consulta. Serão disponibilizados 4 atendimentos semanalmente.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos realizar-se-á avaliação odontológica, já marcada com o odontólogo da outra equipe até que nossa equipe esteja completa, com o apoio desse profissional será feita essa avaliação pelo menos uma vez ao ano e o dentista definirá o acompanhamento levando em conta as peculiaridades individuais de cada usuário. Serão disponibilizadas consultas duas vezes no mês em duas sessões de trabalho da odontologia, poderá ser agendada a consulta pelos ACSs ou outros membros da equipe, além de que o próprio usuário pode agendar sua consulta direto com a equipe de saúde bucal, o atendimento ficará registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal.

Realizaremos palestras educativas de forma quinzenal com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a nutricionista na comunidade, onde além das palestras que serão feitas no local público como escolas ou igrejas, faremos um chá para os usuários como mostra de alimentação saudável.

Na UBS antes do começo da consulta do HIPERDIA se incluirá os temas relacionados com alimentação saudável e importância da atividade física. Nas consultas médicas, de enfermagem e nas visitas domiciliares feitas pelos integrantes da equipe orientaremos sobre esses temas, também ficando registrada nos

prontuários de cada usuário, utilizando os protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde.

Para garantir o engajamento público nestas ações realizaremos a divulgação do programa HIPERDIA, do atendimento realizado na UBS para estes usuários, dos fatores de risco desta doença, forma de acompanhamento, detecção precoce, importância das consultas e sua periodicidade. Para desenvolver esta ação realizaremos um mural por cada equipe com a divulgação de dicas de prevenção destas doenças além de outras informações relacionadas com o tema, que serão fixados nos corredores e na área das consultas. Os materiais serão fornecidos pela secretaria de saúde. Além disso, se darão palestras nas escolas e na comunidade, também através de conversas individuais durante as consultas e visitas domiciliares.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe começaremos com uma prova para medir conhecimento em hipertensão e diabetes, as quais serão feitas, aplicadas e corrigidas pelos médicos da unidade antes e depois de intervenção serão aplicados esses testes. Durante a intervenção será feito uma capacitação sobre o manual, o protocolo de atendimento do diabético e hipertenso, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe.

Semanalmente um membro da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe, facilitando também o intercâmbio e trocas de experiências, se utilizará o auditório com o auxílio do computador disponibilizado em nossa UBS. Além desse material se utilizará o caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, neste momento esses materiais só estão disponíveis em versão digital que ficará gravado no computador da unidade para que todos tirem suas dúvidas quando necessário. Depois vamos fazer uma comparação e conhecer a melhoria ou não em conhecimentos sobre estas doenças.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conseguimos felizmente realizar a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos obtendo resultados positivos. Foram semanas de intenso trabalho, com mistura de alegrias e tristezas, mas cheias de muita dedicação, amor e principalmente união, o que ajudou ao excelente desenvolvimento da intervenção.

Começo dizendo que todas as ações planejadas no transcurso do projeto, apesar de ter apresentado certas dificuldades durante o desenvolvimento da mesma, foram realizadas, umas de maneira parcial e outras em sua totalidade segundo o planejado.

Todas as ações de capacitações previstas para serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram feitas com êxito, com a participação de todos os membros da equipe e o pessoal da unidade, os quais contribuíram positivamente para a realização da intervenção. Antes de dar início a ela tivemos algumas dificuldades com o local, materiais, mas com o apoio da equipe toda foi feita com ótima qualidade alcançando o objetivo; que todos conheceram tudo sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, confesso que aprendi coisas que até desconhecia.

Durante a intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na ação programática, concordando todos com o pactuado e cumprindo as suas tarefas de forma satisfatória mostrando que quando se trabalha em uma equipe unida tudo é alcançado.

Com a intervenção foi reorganizada a agenda de trabalho para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, oferecendo os atendimentos todos os dias da semana nos dois horários para estes usuários e deixando sempre duas vagas por dia para acolher aos usuários provenientes da busca ativa na comunidade. Iniciando a intervenção tivemos a

reunião com o gestor da Unidade Básica de Saúde (UBS) que ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento da mesma e esta foi uma das principais facilidades a nosso favor como prova disso tenho o fornecimento de todas as fichas-espelho de todos os usuários atendidos.

As ações para dar conhecimento à comunidade e às lideranças sobre nosso projeto e a sua importância foram feitas na sua totalidade, através de palestras dadas na unidade, no transcurso das consultas, na comunidade, durante as visitas domiciliares, também nas ações de saúde realizadas na comunidade e nas escolas, onde as lideranças e até o pessoal trabalhador nessas instituições nos apoiaram positivamente na realização de nossa intervenção. No princípio deu um pouco de trabalho incorporar a população à intervenção, pois não estavam acostumadas, mas na medida em que avançou a intervenção foram se engajando cada vez mais pessoas e melhoramos muito neste aspecto. Hoje quase toda a totalidade da nossa comunidade conhece o programa e estão conscientes da importância dele para melhorar a saúde.

Em relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico apresentamos dificuldades nas primeiras semanas da intervenção por ter só um odontólogo que não supria a demanda de toda a unidade além da falta de materiais, logo depois a unidade ficou sem odontólogo, mas com a ajuda do gestor foi restabelecido o serviço chegando a ter dois odontólogos se recuperando o atraso nos atendimentos e ficando a população agradecida. Assim se deu cumprimento a esta atividade na sua totalidade além de fazer sempre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção.

A farmácia da unidade fica lotada de medicamentos para os hipertensos e diabéticos, no começo existia escassez de alguns deles, mas com ajuda dos membros da farmácia foi feito um estudo segundo a demanda destes usuários garantindo o abastecimento dos medicamentos o qual não faltam até hoje recebendo cada hipertenso e diabético que chega a procura de seu tratamento, para o bem deles.

As ações para promover a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas na sua totalidade, contamos com o total apoio do (NASF), ficando sempre com nós em cada atividade feita na comunidade. Além disso, foram feitas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e

atividade física como estavam planejadas, com a correspondente participação do NASF, quem agradeço também por sua disposição e apoio.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das atividades previstas que não foi cumprida em 100% foi o cadastramento de todas as pessoas com hipertensão e diabetes, pois a primeira dificuldade apresentada no início da intervenção foi a greve dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), a qual foi feita para reivindicar o décimo quarto salário, mas eles se comprometeram em não afetar o desenvolvimento da intervenção e assim mesmo foi. Também houve a chegada das chuvas, a qual interferiu na busca ativa destes usuários hipertensos e diabéticos, assim como o número de usuários faltosos a consulta nas comunidades.

Outro fator que dificultou o processo de cadastramento foi a falta de pessoal (ACSs), para abarcar a área de abrangência toda. Neste ponto houve algumas decepções já que os indicadores de cobertura ficavam muito baixos e parecia que as metas propostas não seriam atingidas, mas graças ao esforço e a união da equipe, além do entusiasmo para cumprir os objetivos, essas dificuldades foram superadas com novas estratégias tomadas e melhoramos o indicador de cobertura significativamente nas últimas semanas da intervenção.

Agora com respeito à realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos apresentamos certos problemas, pois além dos usuários terem total conhecimento sobre sua patologia de base e da importância da realização dos exames complementares correspondentes, além de serem indicados todos na primeira consulta, em ocasiões nem todos ficavam com eles em dia, primeiro porque nossa unidade encontra-se em reforma, dessa forma não contamos com laboratório, segundo porque a maioria da população é de classe baixa não podendo assim pagar para fazer em instituições particulares e nos hospitais demora a marcação devido à quantidade de usuários precisando deste serviço. Fizemos uma reunião tomando como estratégia a permissão para eles fazerem nas duas unidades de saúde que ficam perto da nossa que tem laboratórios funcionando, o que melhorou esta dificuldade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No transcurso da intervenção foi criado um registro dos usuários da ação programática, o qual nos permitiu o monitoramento dos indicadores, como: busca ativa de usuários faltosos ou com atraso a consulta entre outros, o que favoreceu o desenvolvimento do projeto adequadamente e de ser detectada alguma dificuldade.

Conseguimos melhorar a qualidade dos registros das informações, pois muitos não tínhamos e outros apresentavam um preenchimento desastroso. Nesse momento todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde tem a ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma.

Quanto à sistematização e coleta dos dados da intervenção, posso dizer que não houve dificuldade nenhuma, assim como também não tive dificuldade no fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores, acredito que a planilha é uma ferramenta indispensável para conseguir monitorar os resultados da intervenção de forma sistematizada e organizada, dessa forma facilitou muito o nosso trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe toda está muito motivada com os resultados obtidos durante a intervenção, estamos satisfeitos de ter incorporado as ações previstas na intervenção à rotina dos nossos serviços. No dia-a-dia vamos continuar trabalhando ainda depois da intervenção, com mais amor e mais experiência, além de chegar à meta de 100% destes usuários, pois a população fica agradecida e com melhoria na qualidade de vida deles, o que é nosso principal objetivo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Na UBS Raimundo Hozanan de Souza localizada no bairro do Muca foi feita uma intervenção que tratou da melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes dessa área de abrangência.

A unidade conta com um total da população da área adstrita de 12.000 habitantes, deles 2.114 são portadores de hipertensão segundo a estimativa do caderno de ações programáticas, desses 564 (27%) eram acompanhados na unidade antes da intervenção e 150 (25%) população diabética, já que a estimativa é que se tenha 604 pessoas com diabéticos na área adstrita, é interessante destacar que mesmo que estivessem cadastrados os 564 usuários com hipertensão e 150 com diabetes, esses não tinham um seguimento adequado. Devido a apresentar índices de cobertura e indicadores de qualidade desfavoráveis para estes usuários segundo a estimativa do Ministério da Saúde para nossa unidade, se decidiu intervir nesta realidade e, dessa forma melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.

É fundamental deixar claro que ao iniciar a intervenção foi realizado o preenchimento da aba de dados da UBS da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, sendo eu esta gerou uma estimativa baseada em dados nacionais, assim o denominador utilizado para o cálculo dos indicadores difere da utilizada pelo caderno de ações programáticas, já que esse é baseado em dados regionais, assim tivemos como denominador 1.825 usuários com hipertensão e 450 usuários com diabetes, optou-se por utilizar a estimativa gerada pela planilha, pois está mais próxima da realidade encontrada na unidade.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos diabéticos e hipertensos;

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Ao iniciar a intervenção a cobertura do programa de atenção ao hipertenso estava muito baixa, sendo assim no primeiro mês foram cadastrados 104 (5,7%) hipertensos, no segundo mês 291 (15,9%) hipertensos, no terceiro mês 429 (23,5%) hipertensos e no último mês conseguimos cadastrar 635 hipertensos alcançando uma meta de 34,8%. Podemos perceber que a proporção dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no transcurso da intervenção, apesar de não atingir 50%, meta proposta, fico feliz, pois os resultados foram exitosos e avaliamos isso com a melhora da saúde da população e a satisfação deles. A seguir se mostra a evolução deste indicador na Figura 1.

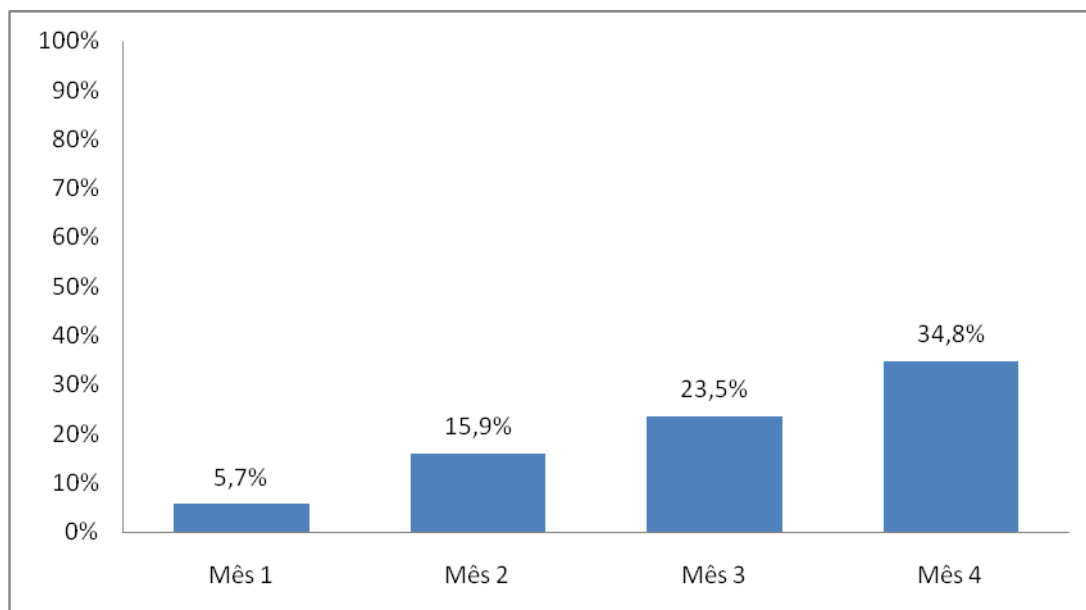


Figura 1. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP

Esta ação só foi possível realizá-la graças ao trabalho dos ACSs, os quais foram fundamentais nesta intervenção que com seu apoio incondicional, dedicação e amor intervindo na população através de seu trabalho na comunidade: visitas domiciliares, palestras e seguimento destes usuários através das orientações dadas nas capacitações feitas. Posso dizer que existiram algumas dificuldades que não

atrapalhou o alcance da meta, infere-se que a falta de pessoal como os ACSs é que dificultou a execução por completo da meta, além das intercorrências com relação ao tempo, mas foram semanas que com muito esforço na unidade conseguimos cumprir com nosso objetivo de aumentar a cobertura.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Neste indicador posso dizer que seu resultado foi brilhante, se conseguiu atingir a meta proposta de 50%, atingindo no cadastro dos diabéticos a proporção destes usuários estipulada. Nota-se que a proporção foi aumentando mês a mês satisfatoriamente durante o transcurso da intervenção.

No primeiro mês foram cadastrados 63 (14%) diabéticos, no segundo mês 188 (41,8%) diabéticos, no terceiro 215 (47,8%) diabéticos e no último mês foram cadastrados 233 (51,8%) diabéticos, superando a meta proposta. Na figura 2 se mostra a evolução deste indicador.

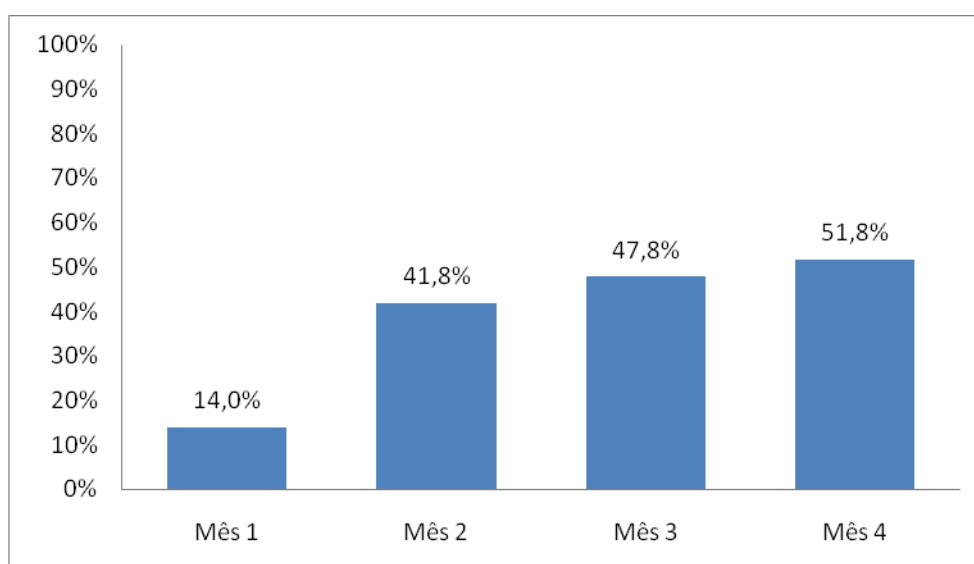


Figura 2. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP.

A ação que mais nos ajudou a alcançar 50% do cadastro dos usuários diabéticos foi também o trabalho dedicado pelos ACSs nas comunidades mediante as visitas domiciliares para chamá-los para consulta e as palestras dadas.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Analisando a proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo posso dizer que durante toda a intervenção todos os usuários hipertensos eram avaliados com exame clínico em cada consulta feita, dessa forma se atingiu a meta proposta mostrando uma proporção de 100% em todos os meses da intervenção.

No primeiro mês foram 104 usuários hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no segundo mês foram 291 hipertensos cadastrados no programa, no terceiro 429 hipertensos, no quarto e último mês 635 usuários hipertensos, mantendo-se 100% durante toda a intervenção.

Através das ações realizadas durante a intervenção se conseguiu cumprir de maneira positiva este indicador, como é o caso das capacitações feitas aos membros da equipe nos baseando através dos protocolos atualizados disponibilizados do Ministério de Saúde, explicando para cada um deles o seu papel na realização do mesmo. Além disso, contamos com a privacidade requerida para realizar o exame clínico a estes usuários, o qual nos favoreceu muito.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Na evolução deste indicador observamos que aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos. A proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foi de 100% em todos os meses de intervenção, feito o exame clínico a todos os usuários atendidos.

No primeiro mês foram 63 usuários diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no segundo mês 188 diabéticos cadastrados no programa, no terceiro 215 diabéticos, no quarto e último mês foram 233 usuários diabéticos, mantendo-se 100% durante toda a intervenção.

As ações de capacitação realizadas durante a intervenção nos influenciaram de maneira positiva para o cumprimento deste indicador, nos guiando conforme os protocolos do Ministério de Saúde que nos foi enviado, explicando para cada um deles o seu papel na realização do mesmo. Além de contar com a privacidade requerida para realizar o exame clínico a estes usuários.

Meta 2.3. Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo apresentamos uma pequena queda depois do primeiro mês, havendo depois uma melhora no transcurso da intervenção. No primeiro mês atingimos a 100% com 104 usuários hipertensos com exames complementares em dia em relação aos usuários cadastrados até o momento, no segundo mês a meta foi atingida com 254 (87,3%) hipertensos dos usuários cadastrados, no terceiro mês foi de 379 (88,3%) hipertensos e no último mês com 585 (92%) usuários hipertensos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. A seguir a avaliação deste indicador é mostrada na figura 3.

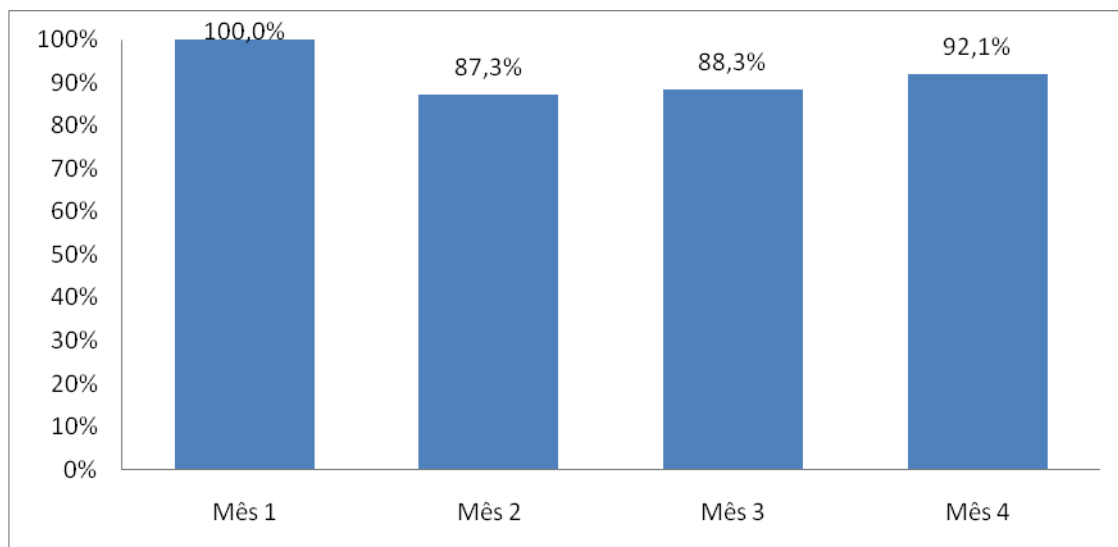


Figura 3. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP.

Nesta meta não conseguimos atingir 100% dos hipertensos com exames complementares em dia, embora se conseguisse melhorar este indicador apresentamos algumas dificuldades, já que a nossa UBS encontra-se em reforma, por isso não contamos com o laboratório para a realização de exames e a minha comunidade não conta com um nível econômico alto, o que dificultou fazer nos laboratórios privados, mas graças à ajuda do gestor e a equipe tomamos como estratégia encaminhar para as unidades de saúde que tem laboratório e que fica perto para eles realizarem, o que melhorou este indicador.

Meta 2.4. Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste indicador observamos no primeiro mês que se alcançou 100% com um total de 63 diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês apresentamos uma queda na proporção com 158 (84%) usuários diabéticos, no terceiro mês foi de 186 (86,5%) diabéticos e no último mês com 204 (87,6%) usuários diabéticos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. A figura 4 mostra a evolução deste indicador.

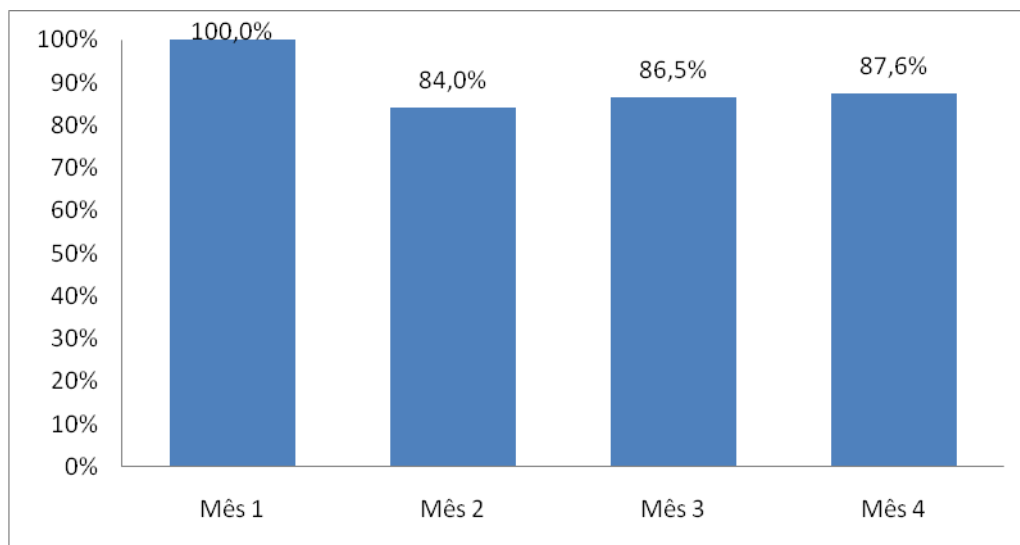


Figura 4. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP.

Conseguimos melhorar este indicador graças à ajuda do gestor e da equipe, que tomamos como estratégia encaminhar aos usuários diabéticos para as unidades de saúde que tenham laboratório e que ficam perto para realizar os exames solicitados, já que temos como dificuldade a falta de laboratório devido à reforma em que se encontra a unidade e ao baixo nível econômico que tem a população.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Durante a intervenção a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular no programa ficou em 100%, no primeiro com 103 hipertensos do total de usuários cadastrados, no segundo mês com 290 hipertensos, no terceiro com 428 e último mês, com 634, assim atingimos a meta proposta em todos os meses.

No início apresentamos certa dificuldade, já que a farmácia tinha medicamentos, só que não supriam a demanda dos usuários, mas se conseguiu cumprir com a meta depois que fizemos uma reunião em conjunto com os trabalhadores da farmácia da unidade, na qual se realizou um estudo do consumo de medicamentos segundo as necessidades dos usuários e assim garantimos esta demanda, o que deu certo. Além disso, contamos com o apoio das farmácias que

tem convênios com o Governo Federal para providenciar os medicamentos do programa HIPERDIA gratuitamente no caso de falta na UBS.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No caso da proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular no transcurso da intervenção aconteceu o mesmo que aos usuários hipertensos, o programa ficou em 100%, no primeiro mês com 63 hipertensos do total de usuários cadastrados, no segundo mês com 188 hipertensos, no terceiro com 215 e último mês com 233, dessa forma atingimos a meta proposta para todos os meses.

Graças ao levantamento do consumo feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir os medicamentos segundo as necessidades dos usuários diabéticos se conseguiu cumprir este indicador, segundo a demanda destes usuários. Além de contar com o apoio das farmácias conveniadas com o Governo Federal, as quais nos apoiam neste sentido.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante a intervenção apresentou algumas dificuldades como falta de água e materiais, até mesmo falta de odontólogo, no primeiro mês se atingiu 100% dos hipertensos cadastrados com um total de 104, no segundo mês com 273 (93,8%) hipertensos, no terceiro 411 (95,8%) e no último mês 617 (97,2%) indivíduos, melhorando este indicador. Como é mostrado na figura 5.

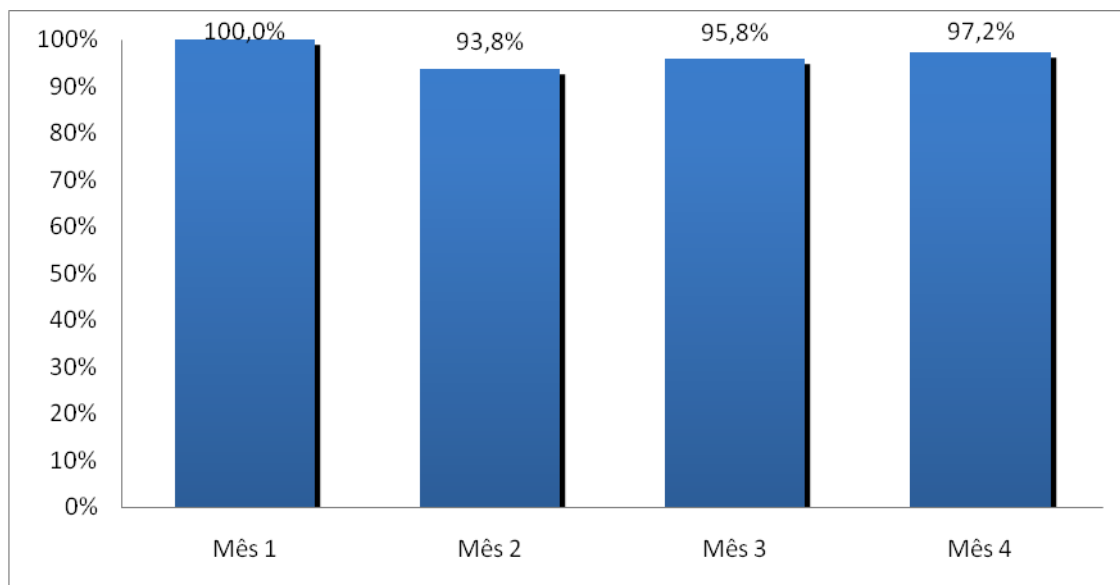


Figura 5. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP.

Apresentamos algumas dificuldades para atingir esta meta no transcurso da intervenção como foi o caso da falta de odontólogo na unidade, falta de água e materiais. Mas com o apoio do gestor foi restabelecido o serviço e recuperado o atraso nos atendimentos, a tal ponto que temos dois dentistas nos dois turnos, assim a população esta satisfeita. Além disso, em cada consulta era feito uma avaliação odontológica para todos os usuários.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No caso dos usuários diabéticos a proporção com avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante a intervenção teve variações, no primeiro mês se alcançou 100% dos cadastrados com um total de 63 usuários, no segundo mês com 176 (93,6%) diabéticos, no terceiro 203 (94,4%) e no último mês 221 (94,8%) usuários, chegando-se a melhorar este indicador. Observa-se na figura 6 sua evolução.

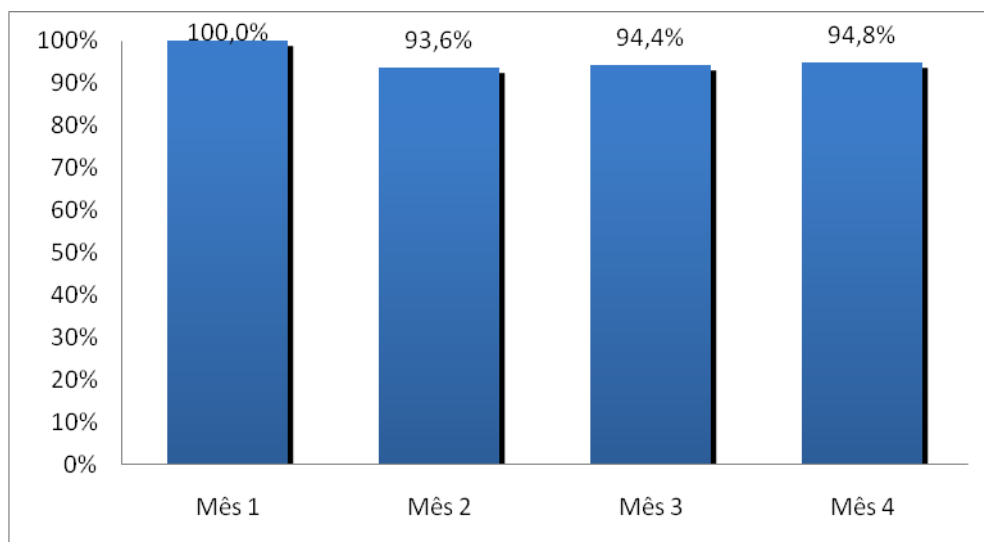


Figura 6. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Raimundo Hozanan. Macapá, AP.

Com a ajuda do gestor da unidade conseguimos cumprir esta meta, pois apesar de ter apresentado algumas dificuldades para atingi-la se solucionaram de maneira satisfatória para o bem da população e o serviço de odontologia foi restabelecido se recuperando o atraso nos atendimentos, a tal ponto que temos dois dentistas nos dois horários e a população está satisfeita.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No transcurso da intervenção foi realizada a busca ativa dos usuários hipertensos faltosos a consulta obtendo resultados positivos neste indicador, se comportando a proporção de hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada em 100% dos usuários durante toda a intervenção.

No primeiro mês encontravam-se faltosos 22 hipertensos, no segundo mês foram 36 usuários hipertensos, no terceiro 75 usuários hipertensos e no último mês 273, sendo todos eles procurados na busca ativa e alcançados em 100%.

Graças às atividades e o trabalho mantido pelos ACSs, chegando a cada casa e a cada pessoa, informando, orientando sobre a importância do projeto e a incidência dele na qualidade de vida da população, se atingiu esta meta com excelentes resultados além do trabalho da equipe toda, pois nas consultas também eram cadastrados os faltosos e era informado à implementação do projeto em nossa unidade, as ações de saúde também ajudaram para o cadastro.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Em relação à proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa no transcurso da intervenção, observamos que o indicador se comportou em 100%, durante os quatro meses de implementação do projeto.

No primeiro mês encontravam-se faltosos 17 diabéticos, no segundo mês foram 28 usuários diabéticos, no terceiro mês 37 diabéticos e no quarto mês 53, sendo todos eles procurados na busca ativa e alcançados em 100%.

Para cumprir esta meta contamos com o árduo trabalho feito pelos ACSs na comunidade, em cada visita feita, em cada ação de saúde divulgando a importância de nosso projeto e a repercussão positiva na saúde destes usuários diabéticos além do trabalho do resto da equipe realizado nas consultas onde era realizada a busca ativa também deles.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi um indicador que teve resultados também positivos durante a intervenção atingindo 100% nos quatro meses de trabalho.

Graças ao apoio incondicional do nosso gestor conseguimos alcançar esta meta com bons resultados, já que não faltaram as fichas-espelho nas consultas, pois todas eram disponibilizadas por ele e sem atraso, além disso, vale mencionar a capacitação realizada no início da intervenção com os profissionais da equipe, já que nos ajudou muito para que o preenchimento fosse realizado com ótima qualidade.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com respeito à proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, também foi um indicador com resultados positivos durante a intervenção atingindo em 100% nos quatro meses de trabalho.

Aqui aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos o apoio incondicional do nosso gestor nos ajudou alcançar esta meta com bons resultados, pois foram disponibilizadas através dele todas as fichas-espelho necessárias para cada consulta, além da instrutiva capacitação realizada no início da intervenção com os profissionais da equipe que nos ajudou para o correto preenchimento delas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular foi um dos indicadores que desde o início até o final da intervenção se comportou em 100%, avaliando no primeiro mês 104 usuários hipertensos, no segundo mês foram

avaliados 291 hipertensos, no terceiro mês 429 e no quarto e último mês 635 hipertensos.

Esta meta foi alcançada com êxito graças à qualidade da capacitação feita no começo da intervenção utilizando os protocolos atualizados o que nos serviu como uma guia para o adequado preenchimento desta ficha, a qual era preenchida a todos os usuários em cada consulta e assim avaliando os riscos para evitar complicações. Além disso, temos o monitoramento em cada semana verificando seu cumprimento, uma ação que nos foi de muita ajuda.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador observamos que no primeiro mês avaliamos 63 usuários diabéticos, no segundo mês foram avaliados 188 diabéticos, no terceiro mês 215 e no quarto e último mês 233 diabéticos, se comportando em 100% nos quatro meses de intervenção para a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No caso dos usuários diabéticos pode-se dizer que foi alcançado este indicador em sua totalidade e com qualidade graças às ações feitas semana após semana, em primeiro lugar, sendo nossa guia as capacitações feitas no início da intervenção com os protocolos atuais e o monitorando em conjunto com a equipe para seu cumprimento.

Objetivo 6. Promover saúde nos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi um indicador que ficou em 100%, no transcurso da intervenção. No primeiro mês receberam as orientações sobre alimentação saudável 104 usuários hipertensos, no segundo mês 291 usuários, no terceiro mês 429 usuários e no quarto mês 635 hipertensos.

A meta proposta foi alcançada graças à dedicação da equipe toda, através das orientações dadas em cada consulta, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Com este indicador aconteceu o mesmo que com os usuários hipertensos desde o início da intervenção a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável se comportou em 100%, obtendo no primeiro mês 63 usuários diabéticos que receberam as orientações nutricionais, no segundo mês 188 usuários, no terceiro mês 215 e no quarto mês 233 diabéticos cadastrados que receberam estas orientações.

Obtemos resultados positivos nesta meta graças ao trabalho de toda a equipe com a ajuda do nutricionista do NASF desde o início da intervenção que sempre nos apoiou. Foram dadas as orientações mediante as consultas, visitas domiciliares e ações feitas na comunidade.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No transcurso da intervenção este indicador se alcançou em sua totalidade, obtendo a proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física em 100%. No primeiro mês receberam as orientações 104 usuários

hipertensos, no segundo mês 291, no terceiro mês 429 e no quarto mês 635 hipertensos com resultados positivos.

Desde o começo da intervenção foram dadas estas orientações sobre prática regular de atividade física nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas palestras e conversas feitas na UBS com o apoio incondicional da equipe e do NASF. Devido a isso os excelentes resultados e o cumprimento desta meta.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Igualmente ao que aconteceu com os usuários hipertensos, também nos usuários diabéticos tivemos resultados positivos em relação à proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, se comportando este indicador em 100% ao longo da intervenção. Receberam esta orientação 63 diabéticos no primeiro mês, 188 no segundo mês, 215 no terceiro e 233 usuários diabéticos no último mês.

Se alcançando esta meta com iguais resultados que os hipertensos através de palestras e/ou conversas tidas nas consultas a estes usuários, visitas e ações de saúde onde era explicada a importância da atividade física regular na saúde deles para evitar complicações e tudo foi cumprido com o apoio de toda a equipe e do NASF.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo se comportou em 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês 104 usuários

hipertensos receberam as orientações sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês 291, no terceiro mês 429 e no quarto mês 635 o que representou a totalidade dos usuários hipertensos cadastrados na intervenção.

Os resultados obtidos neste indicador foram satisfatórios, graças ao trabalho e a união da equipe para garantir que todos os hipertensos recebessem as orientações sobre os riscos de tabagismo, vale destacar o trabalho dos médicos e das enfermeiras, pois sem eles também não teria sido possível esse ganho em favor da população.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Também neste indicador obtemos resultados positivos mantendo a proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo em 100% durante a intervenção, onde no primeiro mês foram orientados 63 usuários diabéticos, no segundo 188, no terceiro mês foram 215 e no quarto 233 diabéticos.

Esta meta foi cumprida também graças ao trabalho mantido e unido da equipe para garantir que 100% dos usuários diabéticos recebessem estas orientações em cada consulta, visita e ações feitas.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A análise quanto à proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, se manteve em 100% no transcurso da intervenção. Receberam esta orientação 104 hipertensos no primeiro mês, 291 no segundo, 429 no terceiro mês e 635 usuários hipertensos no último mês da intervenção.

Para cumprir este importante indicador como em todos os demais contamos com o trabalho incondicional de toda a equipe, além dos profissionais de saúde bucal, o que favoreceu para garantir que todos os usuários hipertensos recebessem

as orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas na comunidade, obtendo excelentes resultados no total de usuários cadastrados.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Neste último indicador também se pode mostrar os resultados positivos, já que a meta foi cumprida desde o primeiro mês até o final. Recebendo as orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção.

E tudo foi garantido pelo trabalho da equipe toda e o pessoal da equipe odontológica que desde o início e durante a intervenção deram o melhor deles para melhorar a saúde destes usuários.

4.2 Discussão

Com a união, o esforço e o amor dos profissionais da unidade se interviu na população de usuários hipertensos e diabéticos para melhorar a adesão a nosso serviço e qualidade de vida deles, o qual foi um êxito, pois se melhorou mesmo a qualidade de vida deles.

Com a intervenção se alcançou ampliar a cobertura de atenção a estes usuários, se reorganizou a agenda para atender a demanda espontânea destes usuários, além de propiciar uma melhoria significativa na qualidade dos registros e na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção teve uma significativa importância para a equipe, já que através dela se educou e se melhorou a forma de trabalho, se aprendeu a se organizar e trabalhar unido. Com a intervenção se precisou de que a equipe fosse capacitada segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes promovendo o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada um deles cumpriu uma função determinada. Por exemplo, cada membro da equipe conheceu

sua verdadeira função, pois a maior parte do trabalho era antes da médica, por exemplo, todas as palestras dadas por todos os integrantes da equipe tanto na consulta como nas visitas, como nas ações feitas, o correto acolhimento por parte de todos, mais fundamentalmente pela técnica de enfermagem, o monitoramento das fichas de cada usuário pela equipe, a realização adequada e correta da aferição da pressão, a realização de teste rápido de glicose por parte dos técnicos, o correto preenchimento das fichas pelo médico e a enfermeira, a responsabilidade do gestor de providenciar os materiais necessários e a qualidade do atendimento tanto pelo médico como pelo o odontólogo.

Todo este trabalho acabou tendo um impacto relevante para o serviço, pois como disse anteriormente a equipe se organizou e com isto foram avaliados novamente as atribuições de cada membro da equipe favorecendo a atenção a um maior número de pessoas, houve melhora no registro para agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos potencializando na agenda para a atenção a demanda espontânea, além disso, temos a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, a qual foi qualificada e tornou-se um facilitador para apoiar a priorização do atendimento desses usuários.

Foram aprimorados também os serviços da farmácia, graças ao trabalho feito através da avaliação da demanda dos usuários do programa, garantindo os medicamentos para todos, os serviços de odontologia, já que se melhorou a acessibilidade dos usuários ao serviço através da disponibilidade de um maior número de vagas garantido a qualidade dos atendimentos, além disso, e o mais importante para mim, foi melhorada as relações com a comunidade tendo melhor contato neste momento com eles.

Apesar de ter divulgado o projeto a toda a comunidade através do trabalho dos agentes comunitários e da toda a equipe além do apoio das lideranças ainda temos dificuldades quanto ao nível de informação dos usuários sobre esta ação programática, o que repercutiu nos resultados da meta proposta. Mas posso dizer que os hipertensos e diabéticos cadastrados durante toda a intervenção ficam satisfeitos pela prioridade no atendimento oferecido e a melhora da qualidade de vida deles.

Acredito que poderíamos ter tido ainda melhores resultados que os obtidos, se desde o começo da intervenção tivéssemos contado com suficientes agentes comunitários para cobrir toda a nossa área de abrangência, teria sido muito melhor

se tivéssemos aproveitado ao máximo os dias de visita domiciliar, os quais se viram afetados pelas chuvas e a greve dos agentes comunitários de saúde, acredito que se desde o início tivéssemos tido a experiência, organização e a união dos profissionais da UBS que temos hoje, como resultado da nossa intervenção e das experiências adquiridas durante a mesma, teria sido muito melhor porque para mim trabalhar unidos e organizadamente faz toda a diferença.

Quanto à viabilidade da incorporação da intervenção a rotina dos nossos serviços, posso dizer que já temos incorporado as ações da mesma ao trabalho no nosso dia a dia e tenho a certeza que vamos continuar desenvolvendo as atividades da intervenção mesmo com a finalização do curso porque temos percebido que os resultados obtidos são ótimos, através da intervenção conseguimos nos organizar no trabalho e melhorar muito os nossos indicadores de qualidade, assim como a satisfação dos nossos usuários e da sua qualidade de vida. Para garantir a continuidade das ações da intervenção na rotina do nosso trabalho, vamos continuar nos esforçando com dedicação e empenho no trabalho que fazemos, realizando mudanças na nossa agenda de trabalho que nos permita aproveitar o horário de trabalho para o desenvolvimento das ações da intervenção nesta e em outras ações programáticas.

A partir dos próximos meses pretendemos continuar realizando as ações para melhorar a cobertura, vamos solicitar aos nossos gestores a incorporação de novos agentes de saúde as equipes para atingir a nossa meta inicial até chegar em 100%. Como falei anteriormente, vamos reajustar e fazer mudanças na nossa agenda de trabalho para continuar desenvolvendo as ações da intervenção e estender as mesmas as ações programáticas de atenção ao pré-natal e puerpério, além da atenção aos usuários idosos, estes são os nossos planos futuros.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimados gestores eu sou a doutora Mildre Cantillo Pavó, presto assistência médica na Unidade Básica de Saúde Raimundo Hozanan, gostaria de começar lhes dizendo que através deste relatório pretendo descrever como foi implementada a ação programática escolhida. Foi realizada uma intervenção com duração de 12 semanas nesta unidade proposta pelo Ministério de Saúde, liderada pela Universidade Federal de Pelotas obtendo o aprimoramento do monitoramento e avaliação, da gestão e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, da qualificação da prática clínica e, o principal que é o engajamento público com a participação da comunidade.

A UBS conta com um total de população da área adstrita de 12.000 habitantes, deles 564, atingindo 27% de cobertura para a população hipertensa e 150, atingindo 25% da população diabética, os quais apesar de estarem cadastrados não tinham um seguimento adequado. Devido a apresentar índices de cobertura e indicadores de qualidade desfavoráveis para estes usuários segundo a estimativa do Ministério da Saúde para nossa unidade, dessa forma se decidiu intervir nesta realidade, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à UBS (unidade básica de saúde) Raimundo Hozanan, em Macapá.

Nesta ação programática contamos com o apoio ofertado dos membros da equipe, principalmente os ACSs (agente comunitários de saúde), que sem eles todo o trabalho não tinha avançado a comunidade e os gestores, principalmente o nosso diretor que nos apoiou incondicionalmente desde o início da intervenção fornecendo as fichas de espelho importante em nosso trabalho, assim como banners, cartazes e outros materiais de apoio para a realização das atividades grupais, também

contribuiu no desenvolvimento das capacitações nos apoiando com o local e a logística, Graças a nossa união, vontade, amor e dedicação, desenvolvendo todas as metas propostas com qualidade e obtendo excelentes resultados com a população, pois na unidade nunca tenha desenvolvido uma intervenção desta magnitude.

Todas as ações a serem desenvolvidas no transcurso do projeto, apesar de ter apresentado certas dificuldades durante o desenvolvimento da mesma, foram feitas, umas de maneira parcial e outras em sua totalidade segundo o planejado.

Primeiro a capacitação a todos os profissionais da equipe, foi estabelecido o papel para cada um deles na ação programática, segundo, o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, ação que só foi possível realizá-la graças ao trabalho dos ACSs, os quais foram a pedra fundamental neste projeto, a busca ativa de usuários faltosos, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, a melhora na qualidade dos atendimentos clínicos, onde foram feitas as avaliações dos fatores de risco para cada usuário, o adequado exame físico, a prescrição dos exames complementares correspondentes e a possibilidade de obter os medicamentos na farmácia da unidade, os atendimentos odontológicos também foram melhorados não tendo dificuldades com eles.

Realizaram-se ações de saúde em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais se orientaram a população sobre como manter uma alimentação saudável, o uso correto de medicamentos, a prática de exercícios físicos, o risco do tabagismo para a saúde e a importância da higiene bucal, ficando a população agradecida com um sorriso em seus lábios mostrando o resultado de tão dedicado trabalho feito. Através destas ações conseguimos interagir e ter melhor contato com os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Todo este trabalho acabou tendo um impacto relevante, pois se conseguiu atingir uma meta, a de 50% para usuários diabéticos, existindo melhora na qualidade de vida dos dois grupos, hipertensos e diabéticos, já que os dois grupos foram atendidos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. E o mais importante é que se organizou o trabalho em equipe, o que trouxe união de todos os profissionais da unidade e com isto a qualidade nos atendimentos a estes usuários, além disso, ficou mais próximo o contato entre as relações com a comunidade e os profissionais da saúde.

Pode-se dizer que foi incorporado a intervenção a rotina dos serviços, as ações da mesma ao trabalho do dia a dia há certeza da continuidade do desenvolvimento com relação às atividades da intervenção mesmo com a finalização do curso porque foi percebido que os resultados obtidos são ótimos, assim como a satisfação dos usuários e de sua qualidade de vida. Espero continuar contando com a ajuda de todos vocês para dar continuidade a esta estratégia ainda com mais qualidade a qual é de muita importância para a saúde da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Hipertensão arterial e Diabetes são doenças crônicas, muito frequentes em nossas consultas. A hipertensão se caracteriza pelo usuário apresentar valores altos da pressão arterial e a diabetes por apresentar valores de glicemia altos. Devido a seu aumento e seu alto poder incapacitante se decidiu desenvolver uma intervenção na UBS (unidade básica de saúde) com estes indivíduos hipertensos e diabéticos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida deles.

A unidade de saúde conta com um total de 12.000 habitantes, sendo que no começo da intervenção apresentávamos uma cobertura de 27% para os hipertensos e 25% para os diabéticos.

Para a realização deste trabalho contamos primeiramente com o apoio, a união e o amor da equipe de saúde e de todos os profissionais da unidade, além disso, vale destacar a participação da comunidade a qual foi de muita importância e apoio com a população chegando a melhorar o contato com eles, foram feitas capacitações para todos os profissionais nos guiando pelo material fornecido pelo Ministério da Saúde, o que favoreceu para melhorar os atendimentos a estes usuários, o cadastro destes usuários foi outra das ações feitas, graças ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Realizou-se monitoramento do todo o trabalho feito semanalmente. Igualmente se fizeram visitas domiciliares onde a família recebia orientação sobre estas doenças e sua prevenção, igualmente aconteceu em cada ação de saúde realizada com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todos os usuários cadastrados foram orientados com relação aos temas sobre alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

Estes usuários receberam um atendimento clínico nas consultas e nas visitas domiciliares, com qualidade, com a avaliação de risco de cada usuário, assim como a indicação dos exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

Durante os quatro meses que transcorreu este trabalho obtemos bons resultados, pois se conseguiu atingir uma meta de 50% de cobertura para usuários diabéticos, existindo melhora na qualidade de vida deles. Outro ponto que merece destaque é que melhoramos os indicadores de qualidade da atenção prestada, porque hoje tanto os usuários hipertensos, quanto os usuários diabéticos receberam atendimento de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza.

Ainda há trabalho a fazer, mas com a incorporação da intervenção a rotina dos serviços, com certeza haverá continuidade no desenvolvimento das atividades, mesmo com a finalização do curso de especialização em Estratégia da Saúde da Família que proporcionou a realização do projeto, porque temos percebido que os resultados obtidos são ótimos, assim como a satisfação dos nossos usuários e a melhora na sua qualidade de vida de cada um deles.

Além disso, gostaria de agradecer e parabenizar os nossos líderes comunitários que nos ajudaram a diminuir o número de usuários faltosos, melhorando a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa. Peço a vocês que continuem nos apoiando na divulgação de nossa ação programática e no trabalho que nós fazemos com estes usuários, para melhorar a qualidade de vida deles, assim como diminuir as complicações destas doenças.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As expectativas iniciais da especialização foram enriquecer os conhecimentos médicos e aprimorar o meu trabalho na estratégia em saúde da família, desenvolvendo a capacidade de interagir com a comunidade e melhorar a qualidade de vida da população.

Posso dizer que o curso superou todas as expectativas, porque além de cumprir todas elas, consegui conhecer e interatuar com especializandos e orientadores através dos fóruns e outros espaços virtuais da plataforma onde compartilhamos experiências e conhecimentos, os quais nos ajudaram para o desenvolvimento deste trabalho.

O começo do curso foi difícil mesmo, pois nunca havia feito um curso a distância, além do idioma que de uma forma ou outra influenciou, mas com a organização e com o perfeito apoio pedagógico da universidade tudo deu certo.

O curso foi de vital importância para a prática profissional, pois através da realização dos casos interativos, os estudos da prática clínica e os testes de qualificação cognitiva conseguiram me manter atualizada sobre os protocolos de atendimento aqui no Brasil o que me ajudou no desempenho do meu trabalho com qualidade.

Gostaria de ressaltar que o aprendizado mais importante foi a realização de um projeto científico regido pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o qual foi totalmente novo para mim, acredito que foi uma experiência única e enriquecedora para vida como profissional de saúde. Como outros dos aprendizados temos os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, (SUS) com seus princípios de integralidade, equidade e universalidade se evidenciando no nosso dia a dia.

Fico grata pela compreensão e o apoio de todos principalmente da minha orientadora, foi um excelente método de aprendizagem onde com os conhecimentos e experiências obtidas neste curso, continuará garantindo a atenção à saúde da nossa população com ainda mais qualidade.

Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Anu. estat. Brasil, Rio de Janeiro, v.71, p.1-1 - 8-74, 2011.

Anexos

ANEXO A – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Coleta de dados HAS e DM Mldre(1).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Fonte Alinhamento Número Estilos de Célula Células Edição

Área de Trans... f

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

18:52 26/02/2015

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o P diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção

DIABÉTICOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Voc contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas som

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

Coleta de dados HAS e DM Mldre(1).xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Fonte Alinhamento Número Estilos de Célula Células Edição

Área de Trans... f

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

18:52 26/02/2015

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Dados para Coleta

Número do paciente

Nome do paciente

Idade do paciente

O paciente é hipertenso?

O paciente é diabético?

O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?

O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?

Orientações de preenchimento

de 1 até o total de pacientes cadastrados

Nome

Em anos

0 - Não
1 - Sim

0 - Não
1 - Sim

0 - Não
1 - Sim

0 - Não
1 - Sim

ANEXO B - FICHA ESPELHO

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa: __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: __/__/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

ANEXO C- DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

